

следующие результаты [12, 13, 14]. Положительные кожные пробы к домашней пыли наблюдались у 32 (41%) детей: реакцию на +++ и ++++ имели 15 детей, на ++ – 10, и на + – 7 пациентов. Результаты исследования при проведении проб с аллергеном библиотечной пыли были следующими: реакция на ++++ и +++ наблюдалась у 9 детей, на ++ - у 7 детей, на + - у 6 детей. Таким образом, положительные результаты к данному аллергену установлены у 22 (28,2%) детей. Сенсибилизация к *D. pteronyssinus* по результатам кожных проб выявлялась у 26 (33,3%) детей: сенсибилизацию на ++++ и +++ имели 8 детей, на ++ – 9, и на + – 9. Положительные результаты к *D. farinae* наблюдались у 19 (24,4%) детей, результаты распределились следующим образом: ++++ и +++ – у 5 детей, ++ – у 9 пациентов, + – у 5 детей (таблица 1).

Таблица 1. Результаты кожных скарификационных проб с бытовыми аллергенами у детей с бронхиальной астмой (n=78)

Аллергены	домашняя пыль	библиотечная пыль	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	<i>Dermatophagoides farinae</i>
количество детей с положительными реакциями (%)	32 (41 %)	22 (28,2%)	26 (33,3%)	19 (24,4%)

Выводы

Положительные кожные скарификационные пробы с бытовыми аллергенами следует сопоставлять с данными анамнеза, а также в большинстве случаев требуется проведение дополнительных методов, в частности выявление специфических IgE антител в сыворотке крови у детей с бронхиальной астмой.

Литература:

1. Жерносек, В.Ф. Диагностика и лечение аллергических болезней у детей / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбокова. – Минск : РИВШ, 2013. – 120 с.
2. Новиков, Д.К. Клиническая аллергология / Д.К. Новиков. – Минск, 1991. – 523 с.
3. A study of skin sensitivity to various allergens by skin prick test in patients of nasobronchial allergy / R. Prasad [et al.] // Agarwal. Lung. India. – 2009. – Vol. 26, № 3. – P. 70-73.

ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Косенкова Е.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди актуальных медицинских проблем особого внимания заслуживает проблема инвалидности с детства. Медико-социальная значимость проблемы врожденных пороков развития, как одной из причин детской инвалидности, очевидна. Это обусловлено тем, что ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями. При этом, чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше удельный вес врожденных пороков развития [1]. По данным ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности, а также 15-20% детской смертности вызваны пороками развития. Считается, что 10% из них обусловлены действием вредных факторов окружающей среды, 10% - хромосомными изменениями, а остальные 80% носят смешанный характер. Общая частота морфологических пороков развития у детей до первого года жизни составляет около 30 на 1000 населения, а удельный вес множественных пороков среди морфологических аномалий достигает 20%. Более того, в последние годы частота врожденных пороков в популяции увеличивается [2].

Учитывая выше изложенные данные, представляют интерес факторы риска врожденных пороков развития (ВПР) головного мозга.

Целью данного исследования явилось изучение факторов риска врожденных пороков развития головного мозга у детей.

Материал и методы. На первом этапе проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 50 новорожденных с врожденными пороками развития (ВПР) головного мозга, находившихся на лечении в неврологическом отделении Витебской детской областной клинической больницы (ВДОКБ) в 2014-2016 годах. На каждого ребенка составлялась индивидуальная карта по следующей схеме:

1 блок сведений: данные о медико-социальном статусе матери и семьи ребенка. Этот блок имел несколько разделов, отражавших состояние здоровья матери, влияние факторов внешней среды в ante- и интранатальном периодах, социальное окружение в раннем онтогенезе:

А. Социальный статус (возраст, образование, профессия и связанные с ней профессиональные вредности, семейное положение, жилищно-бытовые и материальные условия).

Б. Соматический статус (сведения о хронических соматических заболеваниях до беременности и острых - во время беременности, о приеме лекарственных средств, вредных привычках).

В. Гинекологический анамнез (сведения об острых и хронических гинекологических заболеваниях воспалительного и не воспалительного характера до и во время беременности).

Г. Акушерский анамнез (сведения о предыдущих беременностях, течение данной беременности: срок постановки на учет в женской консультации и регулярность наблюдения, наличие и сроки угроз выкидыша, гестозов, результаты исследований, проводимых во время беременности, основные сведения о течении родов: длительность, применение акушерских пособий, родостимуляции; состояние в послеродовом периоде).

Д. Наследственность (сведения о наследственной патологии среди ближайших родственников: врожденные пороки развития, умственная отсталость, психоневрологические и соматические наследственные заболевания).

2 блок сведений: ранний анамнез ребенка. Данные позволяли оценить течение периода новорожденности детей с ВПР головного мозга.

Этот блок также состоял из нескольких разделов:

А. Основные антропометрические данные ребенка при рождении.

Б. Оценка по шкале Апгар, основные неврологические синдромы, эффективность лечения, сопутствующая соматическая патология.

3 блок сведений: данные динамического исследования и инструментальные методы исследований.

Комплекс использованных лабораторно-инструментальных методов, наряду с анамнестическими данными и общеклиническими исследованиями позволял диагностировать и верифицировать морфофункциональный характер поражений головного мозга, а также проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями ЦНС и опорно - двигательного аппарата.

На 2 этапе изучен катамнез обследованных детей на основании анализа амбулаторных карт ф.112/у, консультаций невролога, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Факторы риска (ФР), влияющие на нейроонтогенез и нервно-психическое развитие (НПР), принято разделять на ante-, intra- и постнатальные. Сравнительный анализ антенатальных ФР доношенных и недоношенных детей с ВПР головного мозга показал, что матери недоношенных детей относились к более старшей возрастной группе (средний возраст $26,9 \pm 0,8$ лет). В группе матерей доношенных детей средний возраст составил ($24,5 \pm 1,5$ лет). Отягощенный гинекологический анамнез чаще выявлялся у матерей, родивших преждевременно (у 85,6%), по сравнению с матерями доношенных детей (у 60,4%) ($p < 0,01$). Уровень здоровья матерей недоношенных детей был значительно ниже по сравнению с матерями доношенных. Среди женщин, родивших преждевременно, не имели патологии 23,9%, а в группе родивших в срок - 32,4% ($p < 0,01$).

Особенностью женщин, родивших преждевременно, по сравнению с матерями доношенных детей, была очень высокая ($p < 0,01$) отягощенность инфекциями урогенитальной сферы - 48,8% и 10,2%, соответственно.

Во время беременности у матерей недоношенных детей чаще (по сравнению с группой доношенных) встречались такие осложнения, как угрожающий выкидыш, кровотечения в первой и во второй половинах, а во время родов - длительный безводный период, кесарево сечение.

Таким образом, представленные данные доказывают, что антенатальные ФР, влияющие на здоровье матери, течение беременности и развитие плода, встречались чаще у женщин, родивших недоношенных детей. Полученные данные соответствуют данным литературы [3].

Об уровне адаптационного потенциала при рождении косвенно свидетельствовало существование у детей потребности в получении реанимационной помощи, объем которой зависел от оценки по шкале Апгар.

По мере увеличения степени незрелости увеличивалось число детей, родившихся в тяжелом состоянии. Так, среди новорожденных с ГС менее 32 недель 65,7% родились в тяжелом состоянии (менее 4 баллов по шкале Апгар), а среди детей с ГС 32-35 недель - 4,5% ($p < 0,01$).

О степени дезадаптационных нарушений свидетельствовали частота встречаемости каждого из четырех основных групп синдромов в адаптационном периоде (симптомокомплекса, характерного для перинатального поражения головного мозга (ППГМ), желтушного синдрома, синдрома дыхательных расстройств (СДР) и их сочетаемость между собой.

Приведенные выше данные показывают, что на основании только клинических данных невозможно провести дифференциальную диагностику не только между формами ППГМ у детей с ВПР головного мозга, но и составить правильное представление о ведущем механизме дезадаптивных расстройств в периоде новорожденности, поскольку комбинации соматических и неврологических нарушений часто имеют индивидуальные особенности [3,4].

Литература:

1. Кириллова, Е.А. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных / Е.А. Кириллова, О.К. Никифорова, Н.А. Жученко // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 1. - С. 18-21.
2. Зелинская, Д.И. Медико-организационные проблемы детской инвалидности / Д.И. Зелинская // Педиатрия. - 1995. - № 4. - С. 87-90.
3. Барашнев, Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю.И. Барашнев, В.А. Бахарев, П.В. Новиков. - М. : Триада-Х, 2004. - С. 560.
4. Антонов, А.Г. Организация хирургической коррекции пороков развития новорожденных / А.Г. Антонов, Ю.И. Кучеров // Мать и дитя : материалы 6 рос. форума. - М., 2004. - 546 с.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ: ЗНАЧЕНИЕ ЛИКВОРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Васильева М.А., Потапова В.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Вопросы совершенствования диагностики перинатальных поражений ЦНС у новорожденных сохраняют высокую актуальность в связи с сохранением высокой удельной доли преждевременных родов. Истинная частота перинатальных поражений ЦНС неизвестна, что связано с отсутствием критериев, позволяющих с высокой достоверностью отличить неврологическую патологию у новорожденных от нормы. Для определения границ неврологической нормы у взрослых и подростков активно используются функциональные тесты, динамическое наблюдение, то же самое необходимо и для оценки неврологического статуса новорожденных.

Одним из рутинных методов диагностики поражений ЦНС, в частности менингоэнцефалита и некоторых видов внутричерепных кровоизлияний является исследование спинномозговой жидкости (СМЖ). Типичными для менингоэнцефалитов являются нейтрофильный или лимфоцитарный плеоцитоз, повышение белка, гипогликорахия. Излитие крови в ликворосодержащие пространства сопровождается появлением в СМЖ свежих и измененных эритроцитов, повышением